

PARTICIPANTES	NOMBRE	APELLIDO	NÚMERO DE DNI	EDAD
1	ANTONELLA	ARANDA	49625133	16
2	MILAGROS	CARDOZO	49166574	16
3	NAHUEL	CASTILLO	48289487	19
4	LUCILA	DUARTE	49429758	16
5	GIULIANA	GALLEG	47944799	17
6	FLORENCIA	GUITIERREZ	48698865	17
7	SAMUEL	PANNET	48435670	17
8	VALENTINA	SOLANO	48564588	17
9	MARIANA	MAZZUCCO	20025765	57
10	FIDEL	LOPEZ	22782462	53
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				

DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: _____

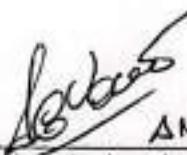
Señor/a

Por la presente autorizo a mi hijo/a CARDOZO MIRAGLIO a participar del Encuentro de Cierre del Programa Jóvenes y Memoria de la CPM en el Complejo Recreativo Municipal de Punta Lara, distrito de Ensenada, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras/es MARZUCO MARIANA y Fidel Lopez que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: EES N° 56

Fecha de ingreso: 17/11/2025


ANA C. VACCARO

Firma del padre/madre, tutor/a o encargado/a

Aclaración: ANA CAROLINA VACCARO

Domicilio: ESTOMBA 939

Localidad: EL PALOMAR

Provincia: Buenos Aires

Tipo y N° doc: DNI 24205220

Teléfono: 1158331489

Fecha de nacimiento el/la menor: 08/02/2009

Tipo y N° documento el /la menor: 49.166.574

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

1. DATOS

Nombre y Apellido **MILAGROS CABOZO**
Domicilio del Titular **ESTOMBA 939**
Ciudad **MOLAN** Provincia **GSAS**
Tipo y N° de Documento **DNI 149166574** Teléfono **1122449629**
Fecha de Nacimiento **080209**

2. INFORMANTE

Titular

Padre/Madre:

Otros(especificar): _____

3. ANTECEDENTES

3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?

SI NO Cual? _____

3.2. Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez? SI NO

Causa: _____

3.3. Tiene algún tipo de alergia? SI (*) NO

(*) Síntomas: _____

Recibe Tratamiento permanente? SI NO

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO

Especificar: _____

4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO Especificar: _____

4.3. Presenta alguna limitación física? SI NO Cuál: _____

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: **100AS** BCG: **TOODAS** SARAMPION: **100AS** TRIPLE: **TOPAS** COVID: **2 DOSIS**

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: **ANA CAROLINA VACCARO**

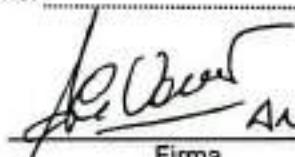
Teléfono: **1158331489**

Cobertura Médica: _____

Teléfono: _____

Nº Afiliado: _____

Firma


ANA C. VACCARO

ANEXO VI
PLANILLA INFORMATIVA Y AUTORIZACIÓN

SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL
(Estudiantes con menos de 18 años de edad)

1- PLANILLA INFORMATIVA PARA PADRES, MADRES, TUTORES O RESPONSABLES (completa la Escuela):

Nombre del Proyecto de la Salida: *Jóvenes y Memoria.*

Lugar, día y hora de salida: *PASEO DE LAS ARTES 17/11/2025 7:30 HS*

Lugar, día y hora de regreso: *PASEO DE LAS ARTES 19/11/2025 APROX 11HS*

Lugares de estadía (domicilios y teléfonos): *COMPLEJO RECREATIVO MUNICIPAL
PUNTA LARA, EUSENADA*

Nombres y teléfonos de los acompañantes: *MARIANA 1166433752*

Empresa y/o empresas contratadas (nombre, dirección teléfonos):

Otros datos de la Infraestructura disponible:

Hospitales y centros asistenciales cercanos (direcciones y teléfonos):

CAMINO ALMIRANTE Brown 778 - PUNTA LARA 02216441377.

Otros datos de interés: *Tour Por la PLATA Y ACTIVIDADES ACUATICAS.*

2- AUTORIZACIÓN (completa el madre/padre, tutor o responsable):

Por la presente autorizo a mi hijo/a *Milagros Cardozo*
DNI *49166574* que concurre al Establecimiento
Educativo *E.E.S.N.56 JUDINA MANZO N° 56* del distrito
Morón a participar de la Salida Educativa / Salida de
Representación Institucional a realizarse en la localidad de
PUNTA LARA EUSENADA el/los dia/días... *17/18* del
mes de *Noviembre* del presente ciclo lectivo.



3- SALUD (completa el padre/madre, tutor o responsable):

Dejo aquí constancia de cualquier indicación necesaria deba conocer el personal docente a cargo y personal médico:

Tiene Obra Social/Prepaga	Sí	No	Nombre de la Obra Social/Prepaga	_____
			Nº Socio	_____

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida, como así también de las/los responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades.

Autorizo a las/los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso.

Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al estudiante por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso.

Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de las/los estudiantes con menos de 18 años de edad no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

Teléfonos de contacto en caso de urgencia: (Consignar varios)

ADRIÁN G. BARBERA 1155033190 (PAPÁ)
IRENE G. CESPEDES 1166649147 (ABUELA)
ANA C. VICCARO 1158331489 (MAMÁ)

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable:

DNI: 24.205.220

Fecha: 9/11/25

 ANA C. VICCARO





AUTORIZACIÓN DE USO DE IMAGEN DE ESTUDIANTES

Lugar MORON Fecha ..11/11/2025.....

A quien corresponda,

Por medio de la presente, quien suscribe

..Ana Carolina Vaccaro.....

Documento Tipo **DNI** Número ..24.205.220.....

SI NO (marcar lo que corresponda) AUTORIZO como PADRE MADRE TUTOR REPRESENTANTE a la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires y/o a quien ellos indiquen, de forma gratuita y sin límite de tiempo, a la utilización, exhibición y/o reproducción por cualquier medio físico o digital, gráfico y/o audio-visual, actualmente conocido o que se invente en el futuro, y con fines estrictamente educativos, de las imágenes, videos y sonidos registrados en las diferentes actividades educativas que se realizan bajo supervisión de autoridades escolares dependientes de la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires, de

el/ la ESTUDIANTE ..Milagros Cardozo..... Documento Tipo **DNI** Número ..49.166.564.....

.....
FIRMA

..Ana.Carolina.Vaccaro.....

ACLARACIÓN

Por la presente cumpleo con lo preceptuado por el art. 53 del Código Civil y Comercial de la Nación y art. 31 de la Ley 11.723, significando ésta el aviso que prevé la normativa vigente.

Artículo 53 C.C.C.N. Derecho a la imagen. Para captar o reproducir la imagen o la voz de una persona, de cualquier modo que se haga, es necesario su consentimiento, excepto en los siguientes casos: a) que la persona participe en actos públicos; b) que exista un interés científico, cultural o educacional prioritario, y se tomen las precauciones suficientes para evitar un daño innecesario; c) que se trate del ejercicio regular del derecho de informar sobre acontecimientos de interés general. En caso de personas fallecidas pueden prestar el consentimiento sus herederos o el designado por el causante en una disposición de última voluntad. Si hay desacuerdo entre herederos de un mismo grado, resuelve el juez. Pasados veinte años desde la muerte, la reproducción no ofensiva es libre.

Art. 31 Ley de Propiedad Intelectual 11.723. El retrato fotográfico de una persona no puede ser puesto en el comercio sin el consentimiento expreso de la persona misma y muerta ésta, de su cónyuge e hijos o descendientes directos de éstos, o en su defecto, del padre o de la madre. Faltando el cónyuge, los hijos, el padre o la madre, o los descendientes directos de los hijos, la publicación es libre.-La persona que haya dado su consentimiento puede revocarlo resarciendo daños y perjuicios.-Es libre la publicación del retrato cuando se relacione con fines científicos, didácticos y en general culturales, o con hechos o acontecimientos de interés público o que se hubieran desarrollado en público.



DATOS DE IDENTIDAD - IDENTIFICATION
DATOS DE IDENTIDAD DE LOS ARGENTINOS
DATOS DE IDENTIDAD DE LOS ARGENTINAS

Apellidos / Surnames
CARDOZO

Nombres / Names
MILAGROS

Sexo / Sex Nationalidad / Nationality Estado
F / ARGENTINA A

Fecha de nacimiento / Date of birth
01 FEB 2009

Lugar de nacimiento / Place of birth
01 AUG 2009

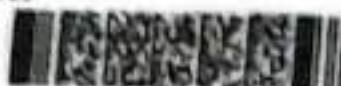
Fecha de vencimiento / Date of expiry
12 AGO 2039

Número N° / CR Nro
00723966200
#002



Documento / Document

49.166.574



DIRECCIÓN ESTACIÓN 938 - EL PALOMAR - MU
BUENOS AIRES
CIUDAD DE MENDOZA - PROV. DE BUENOS AIRES



CR 27-09166574-8

HUELLA
DACTILAR

IDARG49166574<2<<<<<<<<<<<
0902089F3908129ARG<<<<<<<<<<<0
CARDOZO<<MILAGROS<<<<<<<<

DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: 3\11\2025

Señor/a

Por la presente autorizo a mi hija/o CASILLIO NAHUEL a participar del *Encuentro de Cierre del Programa Jóvenes y Memoria de la CPM en el Complejo Recreativo Municipal de Punta Lara, distrito de Ensenada*, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras/es MARTINEZ MARINA, LOPEZ FIDEL que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: E.E.S N° 56 JUANA MANZO

Fecha de ingreso: 17\11\25

Firma del padre/madre, tutor/a o encargado/a

Aclaración: ONORATO Gisela

Domicilio: BULNES 2710 PALOMAR

Localidad: EL PALOMAR

Provincia: BUENOS AIRES

Tipo y N° doc: DNI: 26.061.120

Teléfono: 11-5954-2867

Fecha de nacimiento el/la menor: 09/01/08

Tipo y N° documento el /la menor: 98289487

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

DATOS

Nombre y Apellido **JUAN JAVIER GASTELUM**
Domicilio del Titular **MULAZEN 2340 PALOMARES**
Edad **30** Provincia **Buenos Aires**
y N° de Documento **418 229497** Teléfono **1154542364**
Fecha de Nacimiento **09/01/03**

FORMANTE

Titular Padre/Madre: Otros(especificar):

ANTecedentes

3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?

SI NO Cual?

3.2. Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez? SI NO

Causa:

3.3. Tiene algún tipo de alergia? SI (*) NO

(*) Síntomas:

Recibe Tratamiento permanente? SI NO

TIEMIENTOS

1. Recibe tratamiento médico? SI NO

Especificar:

2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO Especificar:

3. Presenta alguna limitación física? SI NO Cuál:

VAS (Indicar Cantidad de Dosis)

BIN: TODAS BCG: TODAS SARAMPION: TODAS TRIPLE: TODAS COVID: 3

DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Apellido: Gisela ONORATO Teléfono: 11 - 5954 - 2867

Médica: LOMA Teléfono: AA

A2 59898464/02


Firma

ANEXO VI

PLANILLA INFORMATIVA Y AUTORIZACIÓN

SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL
(Estudiantes con menos de 18 años de edad)

1- PLANILLA INFORMATIVA PARA PADRES, MADRES, TUTORES O RESPONSABLES (completa la Escuela):

Nombre del Proyecto de la Salida: JÓVENES Y MEMORIA.....

Lugar, dia y hora de salida: PASEO DE LAS ARTES, 17\11\25 7:30 DE LA MAÑANA

Lugar, dia y hora de regreso: 19\11\25. PASEO DE LAS ARTES APROX: 11 AM

Lugares de estadia (domicilios y teléfonos): COMPLEJO RECREATIVO MUNICIPAL PUNTA LARA

Nombres y teléfonos de los acompañantes: MARIANO MAZZULLO 1166433752
FIDEL LOPEZ 1130361154

Empresa y/o empresas contratadas (nombre, dirección teléfonos):

Otros datos de la Infraestructura disponible: ACTIVIDADES ACUATICAS, EL TONAL A LA PLATA.....

Hospitales y centros asistenciales cercanos (direcciones y teléfonos):

HOSPITAL MUNICIPAL PUNTA LARA CAMINO ALMIRANTE BROWN 979.....

Otros datos de interés: JORNADA A LA PLATA, ACTIVIDADES RECREATIVAS 118.....

2- AUTORIZACIÓN (completa el madre/padre, tutor o responsable):

Por la presente autorizo a mi hijo/a NATHAL CASTILLO.....
..... DNI 48289487 que concurre al Establecimiento
Educativo CES..... N°.56..... del distrito
CNSCIA..... a participar de la Salida Educativa / Salida de
Representación Institucional a realizarse en la localidad de
PUNTA LARA..... el/los dia/días 17, 18 y 19 del
mes de NOVIEMBRE..... del presente ciclo lectivo.



3- SALUD (completa el padre/madre, tutor o responsable):

Dejo aquí constancia de cualquier indicación necesaria deba conocer el personal docente a cargo y personal médico:

Tiene Obra Social/Prepaga	Sí	No	Nombre de la Obra Social/Prepaga	IOIA
			Nº Socio	12 59899464 / 02

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida, como así también de las/los responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades.

Autorizo a las/los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso.

Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al estudiante por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso.

Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de las/los estudiantes con menos de 18 años de edad no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

Teléfonos de contacto en caso de urgencia: (Consignar varios)

11-5951-2867

11-2240-5668

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable:

DNI: 26.06.11.20

Fecha: 3.1.10.1.25....



CASITELLO ONORATO

ESTRUCTURA AMBIENTAL - MEDIOAMBIENTAL
PERIODICO MENSUAL DE LA FUNDACION
INTERNAZIONALE PER IL MEDIOM



48.289.487

Argentina / Mercado / Negocios

NATUR
Bildung / Name

CASTILLO ONG
Agosto / Surnames

卷之三

DOMICILIO: BULNES 2710 - EL PALOMAR - MORÓN
BUENOS AIRES
LUGAR DE NACIMIENTO: PROV. DE BUENOS AIRES

CUL 22-420047-4



MUELLA
DACTILAR

HUELLA
DACTILAR

IDARG48289487<8<<<<<<<<<<<<<
0801090M3811209ARG<<<<<<<<<<<<4
CASTILLO<ONORATO<<NAHUEL<<<<

FACTIVAME!

La activación será necesaria para poder utilizar esta credencial

Vía web www.ioma.gba.gov.ar/activame
Por teléfono 0-810-444-4662 (IOMA)



AUTORIZACIÓN DE USO DE IMAGEN DE ESTUDIANTES

Lugar MORON Fecha 11/11/2025

A quien corresponda,

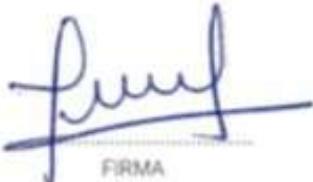
Por medio de la presente, quien suscribe

GISELA ONORATO

Documento Tipo DNI Número 26.061.120

SI NO (marcar lo que corresponda) AUTORIZO como PADRE MADRE TUTOR REPRESENTANTE a la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires y/o a quien ellos indiquen, de forma gratuita y sin límite de tiempo, a la utilización, exhibición y/o reproducción por cualquier medio físico o digital, gráfico y/o audiovisual, actualmente conocido o que se invente en el futuro, y con fines estrictamente educativos, de las imágenes, videos y sonidos registrados en las diferentes actividades educativas que se realizan bajo supervisión de autoridades escolares dependientes de la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires, de

el/ la ESTUDIANTE **Nahuel Castillo Onorato** Documento Tipo DNI Número 48.289.487



FIRMA

GISELA ONORATO

ACLARACIÓN

Por la presente cumplio con lo preceptuado por el art. 53 del Código Civil y Comercial de la Nación y art. 31 de la Ley 11.723, significando ésta el aviso que prevé la normativa vigente.

Artículo 53 C.C.C.N. Derecho a la imagen Para captar o reproducir la imagen o la voz de una persona, de cualquier modo que se haga, es necesario su consentimiento, excepto en los siguientes casos: a) que la persona participe en actos públicos; b) que exista un interés científico, cultural o educacional prioritario, y se tomen las precauciones suficientes para evitar un daño innecesario; c) que se trate del ejercicio regular del derecho de informar sobre acontecimientos de interés general. En caso de personas fallecidas pueden prestar el consentimiento sus herederos o el designado por el causante en una disposición de última voluntad. Si hay desacuerdo entre herederos de un mismo grado, resuelve el juez. Pasados veinte años desde la muerte, la reproducción no ofensiva es libre.

Art. 31 Ley de Propiedad Intelectual 11.723. El retrato fotográfico de una persona no puede ser puesto en el comercio sin el consentimiento expreso de la persona misma y muerta ésta, de su cónyuge e hijos o descendientes directos de éstos, o en su defecto, del padre o de la madre. Faltando el cónyuge, los hijos, el padre o la madre, o los descendientes directos de los hijos, la publicación es libre. La persona que haya dado su consentimiento puede revocarlo resarciendo daños y perjuicios. Es libre la publicación del retrato cuando se relacione con fines científicos, didácticos y en general culturales, o con hechos o acontecimientos de interés público o que se hubieran desarrollado en público.

**DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores**

Lugar y Fecha:

21/11/25

Sra/Srta

Por la presente autorizo a mi hija JUANET LIZETH ALFREDO a participar del Encuentro de Cierre del Programa Jóvenes y Memoria de la CPM en el Complejo Recreativo Municipal de Punta Lara, distrito de Ensenada, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras/es MARIA YOLANDA, que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente.

Institución E.S.B. N°56

Fecha de ingreso 17/11/25



Firma del padre/madre, tutor/a o encargado/a

Aclaración: Natalia Romina D'Alaffa

Domicilio: B. Polobio 947

Localidad: EL PALOMAR

Provincia: BS. AS

Tipo y N° doc: DNI 36180218

Teléfono: 1559883002

Fecha de nacimiento el/la menor: 17/04/2009

Tipo y N° documento el/la menor: DNI 49429750

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

DATOS

Nombre y Apellido LUCILA AYLEN DUARTE
Domicilio del Titular BELISARIO ROLDAN 9443
Ciudad EL PALOMAR Provincia B.S.A.S
Nº y N° de Documento 49428758 Teléfono 1554883002
Fecha de Nacimiento 170404

INFORMANTE

Titular

Padre/Madre:

Otros(especificar):

ANTECEDENTES

3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?

SI NO Cual?

3.2. Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez? SI NO

Causa:

3.3. Tiene algún tipo de alergia: SI (*) NO

(*) Sintomas:

Recibe Tratamiento permanente? SI NO

TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO

Especificar:

4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO Especificar:

4.3. Presenta alguna limitación física? SI NO Cuál:

VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: Si BCG: Si SARAMPION: Si TRIPLE: Si COVID: Si

(completas)

CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Natalia Díazof (nana) Teléfono: 1554883002

Clínica: TOMA Teléfono: _____

Afiliado: 236180 218902


Firma

ANEXO VI
PLANILLA INFORMATIVA Y AUTORIZACIÓN

SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL
(Estudiantes con menos de 18 años de edad)

**1- PLANILLA INFORMATIVA PARA PADRES, MADRES, TUTORES O
RESPONSABLES (completa la Escuela):**

Nombre del Proyecto de la Salida:

Lugar, día y hora de salida:

Lugar, día y hora de regreso:

Lugares de estadía (domicilios y teléfonos):

Nombres y teléfonos de los acompañantes:

Empresa y/o empresas contratadas (nombre, dirección teléfonos):

Otros datos de la Infraestructura disponible:

Hospitales y centros asistenciales cercanos (direcciones y teléfonos):

Otros datos de interés:

2- AUTORIZACIÓN (completa el madre/padre, tutor o responsable):

Por la presente autorizo a mi hijo/a DUARTE, Leila
Aylen..... DNI 48429758 que concurre al Establecimiento
Educativo E.S.B...... N° 56..... del distrito
E. TIJERON..... a participar de la Salida Educativa / Salida de
Representación Institucional a realizarse en la localidad de
PUNTA LARA, Distrito ESENADA el/los día/días... 17 del
mes de Noviembre 2025 del presente ciclo lectivo.



3- SALUD (completa el padre/madre, tutor o responsable)

Dejo aquí constancia de cualquier indicación necesaria deba conocer el personal docente a cargo y personal médico (NINGUNA)

Tiene Obra Social/Prepaga	Sí	No	Nombre de la Obra Social/Prepaga	TOMA
			Nº Socio	236480218902

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida, como así también de las/los responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades.

Autorizo a las/los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso.

Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al estudiante por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso.

Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de las/los estudiantes con menos de 18 años de edad no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

Teléfonos de contacto en caso de urgencia: (Consignar varios)

1559883002 (Mabel, Mamá)

1568017254 (Jonatan, Papá).

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable:

DNI: 36180218

Fecha: 01/11/25



REPÚBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
MINISTERIO DEL INTERIOR

Apellido / Surname
DUARTE



Nombre / Name
LUCILA AYLEN

Sexo / Sex Nacionalidad / Nationality Ejemplar
F **ARGENTINA** **A**

Fecha de nacimiento / Date of birth
17 ABR / APR 2009

Fecha de emisión / Date of issue
23 MAY / MAY 2023

Fecha de vencimiento / Date of expiry
23 MAY / MAY 2038

FIRMA DEL DANEYDOU SIGNATURE

Documento / Document

49.429.758

Trámite N° / Of. ident.

00705506452
7636



DOMINGO ROLDAN 1658 - EL PALOMAR - MORON
BUENOS AIRES
LUGAR DE NACIMIENTO PROV. DE BUENOS AIRES

CUIL: 27-49429758-6

Dr. Eduardo E. de la Torre
Ministro del Interior



HUELLA
DACTILAR

ID ARG 49429758 <6<<<<<<<<<<<
0904175F3805239ARG <<<<<<<<<0
DUARTE << LUCILA < AYLEN <<<<<<



DUARTE LUCILA AYLEN

IOMALA OBRA SOCIAL
DE LA PROVINCIA
DE BUENOS AIRES

DUARTE LUCILA AYLEN

DNI: 49429758
GÉNERO: F

CUIL: 27494297588

TIPO: OBLIGATORIO

CESE: 28/02/2026

ESTADO: ACTIVO

AFL:236180218902

TOKEN
648099

AUTORIZACIÓN DE USO DE IMAGEN DE ESTUDIANTES

Lugar MORON Fecha 11/11/2025

A quien corresponda,

Por medio de la presente, quien suscribe

Dailoff, Natalia romina

Documento Tipo DNI Número 36180218

SI NO

(marcar lo que corresponda) AUTORIZO como PADRE MADRE TUTOR REPRESENTANTE a la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires y/o a quien ellos indiquen, de forma gratuita y sin límite de tiempo, a la utilización, exhibición y/o reproducción por cualquier medio físico o digital, gráfico y/o audiovisual, actualmente conocido o que se invente en el futuro, y con fines estrictamente educativos, de las imágenes, videos y sonidos registrados en las diferentes actividades educativas que se realizan bajo supervisión de autoridades escolares dependientes de la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires, de el/ la ESTUDIANTE Duarte, Lucila Aylen Documento Tipo ...D...N...I..... Número 49429758.



FIRMA

Natalia, Romina dailoff

ACLARACIÓN

Por la presente cumple con lo preceptuado por el art. 53 del Código Civil y Comercial de la Nación y art. 31 de la Ley 11.723, significando ésta el aviso que prevé la normativa vigente. **Artículo 53 C.C.C.N. Derecho a la imagen.** Para captar o reproducir la imagen o la voz de una persona, de cualquier modo que se haga, es necesario su consentimiento, excepto en los siguientes casos: a) que la persona participe en actos públicos; b) que exista un interés científico, cultural o educacional prioritario, y se tomen las precauciones suficientes para evitar un daño innecesario; c) que se trate del ejercicio regular del derecho de informar sobre acontecimientos de interés general. En caso de personas fallecidas pueden prestar el consentimiento sus herederos o el designado por el causante en una disposición de última voluntad. Si hay desacuerdo entre herederos de un mismo grado, resuelve el juez. Pasados veinte años desde la muerte, la reproducción no ofensiva es libre. **Art. 31 Ley de Propiedad Intelectual 11.723.** El retrato fotográfico de una persona no puede ser puesto en el comercio sin el consentimiento expreso de la persona misma y muerta ésta, de su cónyuge e hijos o descendientes directos de éstos, o en su defecto, del padre o de la madre. Faltando el cónyuge, los hijos, el padre o la madre, o los descendientes directos de los hijos, la publicación es libre.-La persona que haya dado su consentimiento puede revocarlo resarciendo daños y perjuicios.-Es libre la publicación del retrato cuando se relacione con fines científicos, didácticos y en general culturales, o con hechos o acontecimientos de interés público o que se hubieran desarrollado en público.

DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: El Palomar 31/10/2025

Señor/a

Por la presente autorizo a mi hijo/a GALLEGO Giuliana a participar del Encuentro de Cierre del Programa Jóvenes y Memoria de la CPM en el Complejo Recreativo Municipal de Punta Lara, distrito de Ensenada, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras/es MARZUCCO MARIANA y TINEL LOPEZ que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: EES N° 56

Fecha de ingreso: 17/11/2025


Firma del padre/madre, tutor/a o encargado/a

Aclaración: CHAMORRO ROSALINA

Domicilio: OBENSE 591

Localidad: El Palomar

Provincia: Buenos Aires

Tipo y N° doc: DNI 28442 724

Teléfono: 1163017473

Fecha de nacimiento el/la menor: 21/11/2007

Tipo y N° documento el /la menor: DNI 479444799

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

'OS

y Apellido **GALLEGO GUILIANA MARISOL**
Domicilio del Titular **ORENSE 941**
EL PIAZO MARTE Provincia **BUENOS AIRES**
Nº de Documento **DNI 147944799** Teléfono **_____**
Fecha de Nacimiento **_____**

COMPANANTE

Titular Padre/Madre: Otros(especificar):

ANTecedentes

1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?

SI NO Cual?

2. Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez? SI NO

Causa:

3. Tiene algún tipo de alergia? SI (*) NO

(*) Síntomas:

Recibe Tratamiento permanente? SI NO

TRATAMIENTOS

1. Recibe tratamiento médico? SI NO

Especificar:

2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO Especificar:

3. Presenta alguna limitación física? SI NO Cuál:

NAS (Indicar Cantidad de Dosis)

VIBRIN: **TODAS** BCG: **TODAS** SARAMPIÓN: **TODAS** TRIPLE: **TODAS** COVID: **DOS**

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

y Apellido: _____ Teléfono: _____

a Médica: _____ Teléfono: _____

fo: _____


Firma

ANEXO VI
PLANILLA INFORMATIVA Y AUTORIZACIÓN

SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL
(Estudiantes con menos de 18 años de edad)

**1- PLANILLA INFORMATIVA PARA PADRES, MADRES, TUTORES O
RESPONSABLES (completa la Escuela):**

Nombre del Proyecto de la Salida: JÓVENES Y NIÑERIA

Lugar, día y hora de salida: PASEO DE LAS ARTES 17/11/2025 7:30 HS.

Lugar, día y hora de regreso: PASEO DE LAS ARTES 18/11/2025 APROX 11 HS.

Lugares de estadía (domicilios y teléfonos): COMPLEJO RECREATIVO MUNICIPAL
PUNTA LARGA - ENSENADA.

Nombres y teléfonos de los acompañantes: MARIAMA 1166433452

Empresa y/o empresas contratadas (nombre, dirección teléfonos):

Otros datos de la Infraestructura disponible:

Hospitales y centros asistenciales cercanos (direcciones y teléfonos):

Otros datos de interés: TOUR POR LA PLATA Y ACTIVIDADES
ACUÁTICAS.

2- AUTORIZACIÓN (completa el madre/padre, tutor o responsable):

Por la presente autorizo a mi hija GALLEGO Giuliana
DNI 47944799 que concurre al Establecimiento
Educativo Juana Manso N° 56 del distrito
PISTON a participar de la Salida Educativa / Salida de
Representación Institucional a realizarse en la localidad de
Punta Larga el/los dia/días... 17 del
mes de Noviembre del presente ciclo lectivo.



3- SALUD (completa el padre/madre, tutor o responsable):

Dejo aquí constancia de cualquier indicación necesaria deba conocer el personal docente a cargo y personal médico:

Tiene Obra Social/Prepaga	SI <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Nombre de la Obra Social/Prepaga	
			Nº Socio	

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida, como así también de las/los responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades.

Autorizo a las/los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso.

Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al estudiante por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso.

Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de las/los estudiantes con menos de 18 años de edad no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

Teléfonos de contacto en caso de urgencia: (Consignar varios)

(Padre) ... 11.63.02.77.49 ... Julio Gallego

(Madre) 11.63.01.74.73 ... Lucila Romina Chamorro

(Tío) ... 11.23.57.57.83 ... Diego Gallego

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable:

DNI: 28.442.724

Fecha: 31/10/2023

BOMBOLO ORENSE 591 - EL PALOMAR - MORON
BUENOS AIRES
LUGAR DE NACIMIENTO PROV. DE BUENOS AIRES

CUIL 27-47944799-9



Dr. Eduardo E. de Pedro
Ministro del Interior



HUELLA
DACTILAR

IDARG47944799<5<<<<<<<<<<<
0711216F3801105ARG<<<<<<<<<6
GALLEGO<<GIULIANA<MARISEL<<<



REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
MINISTERIO DEL INTERIOR



MINISTERIO DEL INTERIOR

Documento / Document

47.944.799

Apellido / Surname
GALLEGO

Nombre / Name
GIULIANA MARISEL

Sexo / Sex Nacionalidad / Nationality
F **ARGENTINA**

Fecha de nacimiento / Date of birth
21 NOV / NOV 2007

Fecha de emisión / Date of issue
10 ENE / JAN 2023

Fecha de vencimiento / Date of expiry
10 ENE / JAN 2038

Trámite N° / Of. ident.
00698118744
7520

Ejemplar
A

Gallego
FIRMA DEL IDENTIFICADO / SIGNATURE





AUTORIZACIÓN DE USO DE IMAGEN DE ESTUDIANTES

Lugar MORON Fecha 11/11/2025

A quien corresponda,

Por medio de la presente, quien suscribe

Julio César GallegoDocumento Tipo DNI Número 30874598SI NO

(marcar lo que corresponda) AUTORIZO como PADRE MADRE TUTOR REPRESENTANTE a la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires y/o a quien ellos indiquen, de forma gratuita y sin límite de tiempo, a la utilización, exhibición y/o reproducción por cualquier medio físico o digital, gráfico y/o audiovisual, actualmente conocido o que se invente en el futuro, y con fines estrictamente educativos, de las imágenes, videos y sonidos registrados en las diferentes actividades educativas que se realizan bajo supervisión de autoridades escolares dependientes de la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires, de el/ la ESTUDIANTE Giuliana Gallego Documento Tipo D_N_I Número 47944799



FIRMA



ACLARACIÓN

Por la presente cumple con lo preceptuado por el art. 53 del Código Civil y Comercial de la Nación y art. 31 de la Ley 11.723, significando ésta el aviso que prevé la normativa vigente. **Artículo 53 C.C.C.N. Derecho a la Imagen.** Para captar o reproducir la imagen o la voz de una persona, de cualquier modo que se haga, es necesario su consentimiento, excepto en los siguientes casos: a) que la persona participe en actos públicos; b) que exista un interés científico, cultural o educacional prioritario, y se tomen las precauciones suficientes para evitar un daño innecesario; c) que se trate del ejercicio regular del derecho de informar sobre acontecimientos de interés general. En caso de personas fallecidas pueden prestar el consentimiento sus herederos o el designado por el causante en una disposición de última voluntad. Si hay desacuerdo entre herederos de un mismo grado, resuelve el juez. Pasados veinte años desde la muerte, la reproducción no ofensiva es libre. **Art. 31 Ley de Propiedad Intelectual 11.723.** El retrato fotográfico de una persona no puede ser puesto en el comercio sin el consentimiento expreso de la persona misma y muerta ésta, de su cónyuge e hijos o descendientes directos de éstos, o en su defecto, del padre o de la madre. Faltando el cónyuge, los hijos, el padre o la madre, o los descendientes directos de los hijos, la publicación es libre. La persona que haya dado su consentimiento puede revocarlo resarciendo daños y perjuicios. Es libre la publicación del retrato cuando se relacione con fines científicos, didácticos y en general culturales, o con hechos o acontecimientos de interés público o que se hubieran desarrollado en público.



DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: _____

Señor/a

Por la presente autorizo a mi hijo/a GUTIERREZ Rocio Florencia a participar del Encuentro de Cierre del Programa Jóvenes y Memoria de la CPM en el Complejo Recreativo Municipal de Punta Lara, distrito de Ensenada, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras/es MAZZUCCO, MARIANA Y LOPEZ FIDEL que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: EES N° 56

Fecha de ingreso: 18/11/2025


Firma del padre/madre, tutor/a o encargado/a

Aclaración: Rocio Corolina

Domicilio: Cottones 756

Localidad: El Palomar

Provincia: Bs As

Tipo y N° doc: DNI 28326344

Teléfono: 11 5744 0822

Fecha de nacimiento el/la menor: 11/04/2008

Tipo y N° documento el /la menor: DNI 48698865

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

1. DATOS

Nombre y Apellido **FLORENCE AABRI GUTIEREZ RUSCH**
Domicilio del Titular **CARRANZA 356**
Ciudad **EL VALOR** Provincia **BUENOS AIRES**
Tipo y N° de Documento **DNI 48698865** Teléfono **4157440822**
Fecha de Nacimiento **110408**

2. INFORMANTE

Titular

Padre/Madre:

Otros(especificar):

3. ANTECEDENTES

3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?

SI NO Cual?

3.2. Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez? SI NO

Causa:

3.3. Tiene algún tipo de alergia? SI (*) NO

(*) Síntomas:

Recibe Tratamiento permanente? SI NO

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO

Especificar:

4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO Especificar:

4.3. Presenta alguna limitación física? SI NO Cuál:

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

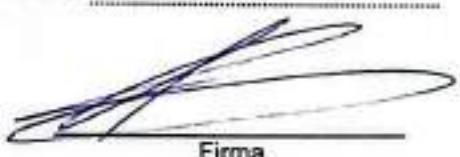
SABIN: **TODAS** BCG: **TODAS** SARAMPIÓN: **TODAS** TRIPLE: **TODAS** COVID: **TRES**

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: **Carolina Rusch** Teléfono: **4157440822**

Cobertura Médica: **IOMA** Teléfono:

Nº Afiliado: **228326344802**


Firma

ANEXO VI
PLANILLA INFORMATIVA Y AUTORIZACIÓN

SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

(Estudiantes con menos de 18 años de edad)

**1- PLANILLA INFORMATIVA PARA PADRES, MADRES, TUTORES O
RESPONSABLES (completa la Escuela):**

Nombre del Proyecto de la Salida: JÓVENES Y MEMORIA

Lugar, dia y hora de salida: PASEO DE LAS ARTES 19/11/2025 07:30 HS

Lugar, dia y hora de regreso: PASEO DE LAS ARTES 19/11/2025 APROX. 11 HS.

Lugares de estadía (domicilios y teléfonos): COMPLEJO RECREATIVO MUNICIPAL PUNTA LARA ENSEÑADA

Nombres y teléfonos de los acompañantes: MARIANA 11 66433452
FIDEL 11 3036-1154

Empresa y/o empresas contratadas (nombre, dirección teléfonos):

A CARGO DEL MUNICIPIO DE MORÓN

Otros datos de la Infraestructura disponible: Defensoría de Policia en Ensenada

Avenida Almirante Brown, C. 94 Ensenada, Provincia de Bs. As
0221 466 - 1234 y Bomberos Voluntarios C. 94 614, B 1931 Ensenada 0221 466 - 0309
Hospitales y centros asistenciales cercanos (direcciones y teléfonos):

CAMINO ALMIRANTE BROWN Y 78 - PUNTA LARA 0221 6441347

Otros datos de interés: TOUR POR LA PLATA Y ACTIVIDADES

ACUÁTICAS

2- AUTORIZACIÓN (completa el madre/padre, tutor o responsable):

Por la presente autorizo a mi hijo/a Florencia Abril Gutierrez Ranch DNI 48698865 que concurre al Establecimiento Educativo C.E.S. N° 56 del distrito Morón a participar de la Salida Educativa / Salida de Representación Institucional a realizarse en la localidad de PUNTA LARA ENSEÑADA el/los dia/días 17 AL 19 del mes de NOVIEMBRE del presente ciclo lectivo.

3- SALUD (completa el padre/madre, tutor o responsable):

Dejo aquí constancia de cualquier indicación necesaria deba conocer el personal docente a cargo y personal médico: *Personal de enfermería, personal de enfermería, personal de enfermería*

Tiene Obra Social/Prepaga	Si ✓	No	Nombre de la Obra Social/Prepaga	Joya
			Nº Socio	228326344802

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida, como así también de las/los responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades.

Autorizo a las/los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso.

Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al estudiante por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso.

Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de las/los estudiantes con menos de 18 años de edad no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

Teléfonos de contacto en caso de urgencia: (Consignar varios)

*11 53440822 (MAMA)
11 69097416 (Tío Alberto)
11 59254013 (Abuelo Carlos)*

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable:

Rosch Corolino N.

DNI: *28326344*

Fecha: *3/11/2025*

Apellido / Surname
GUTIERREZ RUSCH



Nombre / Name
FLORENCE AERIL

Sexo / Sex Nacionalidad / Nationality Ejecutor
F ARGENTINA A

Fecha de nacimiento / Date of birth
15 APR 2008

Fecha de expedición / Date of issue
25 SEP 2023

Fecha de vencimiento / Date of expiry
25 SEP 2038

Documento / Document

48.698.865

Trama N° / QR code
00711100474
7603



Domicilio: AVIADOR CATTANEO 756 - EL PALMAREJO -
MORÓN - BUENOS AIRES
Lugar de nacimiento: PROV. DE BUENOS AIRES

CUIL: 27-48698865-2



IDARG48698865<0<<<<<<<<<<<<
0804116F3809259ARG<<<<<<<<<<<2
GUTIERREZ<RUSCH<<FLORENCIA<ABR

GUTIERREZ RUSCH FLORENCIA



GUTIERREZ RUSCH FLORENCIA



DNI: **48698865**

GÉNERO: **F**

CUIL: **27486988652**

TIPO: **OBLIGATORIO**

CESE: **28/02/2026**

ESTADO: **ACTIVO**

AFL: **228326344802**

TOKEN

583342

**AUTORIZACIÓN DE USO DE IMAGEN DE ESTUDIANTES**Lugar MORON Fecha 11/11/2025

A quien corresponda,

Por medio de la presente, quien suscribe

ALBERTO LUIS GALVANDocumento Tipo DNI Número 10550270

SI NO (marcar lo que corresponda) AUTORIZO como PADRE MADRE TUTOR REPRESENTANTE a la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires y/o a quien ellos indiquen, de forma gratuita y sin límite de tiempo, a la utilización, exhibición y/o reproducción por cualquier medio físico o digital, gráfico y/o audiovisual, actualmente conocido o que se invente en el futuro, y con fines estrictamente educativos, de las imágenes, videos y sonidos registrados en las diferentes actividades educativas que se realizan bajo supervisión de autoridades escolares dependientes de la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires, de

el/ la ESTUDIANTE Florencia Soledad Galvez Ravel Documento Tipo DNI Número 48698865


FIRMA

Enviado Alberto Luis

ACLARACIÓN

Por la presente cumple con lo preceptuado por el art. 53 del Código Civil y Comercial de la Nación y art. 31 de la Ley 11.723, significando ésta el aviso que prevé la normativa vigente.

Artículo 53 C.C.C.N. Derecho a la Imagen Para captar o reproducir la imagen o la voz de una persona, de cualquier modo que se haga, es necesario su consentimiento, excepto en los siguientes casos: a) que la persona participe en actos públicos; b) que exista un interés científico, cultural o educacional prioritario, y se tomen las precauciones suficientes para evitar un daño innecesario; c) que se trate del ejercicio regular del derecho de informar sobre acontecimientos de interés general. En caso de personas fallecidas pueden prestar el consentimiento sus herederos o el designado por el causante en una disposición de última voluntad. Si hay desacuerdo entre herederos de un mismo grado, resuelve el juez. Pasados veinte años desde la muerte, la reproducción no ofensiva es libre.

Art. 31 Ley de Propiedad Intelectual 11.723. El retrato fotográfico de una persona no puede ser puesto en el comercio sin el consentimiento expreso de la persona misma y muerta ésta, de su cónyuge e hijos o descendientes directos de éstos, o en su defecto, del padre o de la madre. Faltando el cónyuge, los hijos, el padre o la madre, o los descendientes directos de los hijos, la publicación es libre. La persona que haya dado su consentimiento puede revocarlo resarciendo daños y perjuicios. Es libre la publicación del retrato cuando se relacione con fines científicos, didácticos y en general culturales, o con hechos o acontecimientos de interés público o que se hubieran desarrollado en público.



DECLARACION JURADA
Ficha Médica

1. DATOS

Nombre y Apellido **FIDEL LOPEZ**
Domicilio del Titular **MONTEAGUDO 760**
Ciudad **NECON** Provincia **Buenos Aires**
Tipo y N° de Documento **DNI 22782463** Teléfono **1130561154**
Fecha de Nacimiento **26/02/72**

2. INFORMANTE

Titular

Padre/Madre

Otros(especificar) _____

3. ANTECEDENTES

3.1 Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?

SI NO Cual? _____

3.2 Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez? SI NO

Causa: _____

3.3 Tiene algún tipo de alergia? SI (*) NO

(*) Síntomas: _____

Recibe Tratamiento permanente? SI NO

4. TRATAMIENTOS

4.1 Recibe tratamiento médico? SI NO

Especificar: _____

4.2 Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO Especificar: _____

4.3 Presenta alguna limitación física? SI NO Cual: _____

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: 4 BCG: 1 SARAMPION: 2 TRIPLE: 2 COVID: 3

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON

Nombre y Apellido: MARIELA VERGANO Teléfono: 161758325

Cobertura Médica: OTRA Teléfono: _____

Nº Afiliado: 12345678900

Firma



AUTORIZACIÓN DE USO DE IMAGEN DE DOCENTES

Lugar Moreno Fecha 12/11/2023

A quien corresponda,

Por medio de la presente, quien suscribe:

López Fricki

Documento Tipo DNI Número 22782462

SI NO (marcar lo que corresponda) AUTORIZO a la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires y/o a quien ellos indiquen, de forma gratuita y sin límite de tiempo, a la utilización, exhibición y/o reproducción por cualquier medio físico o digital, gráfico y/o audiovisual, actualmente conocido o que se invente en el futuro, y con fines estrictamente educativos, de las imágenes, videos y sonidos registrados en las diferentes actividades educativas que se realizan bajo supervisión de autoridades escolares dependientes de la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires.

FIRMA

ACLARACIÓN

Por la presente cumple con lo preestipulado por el art. 53 del Código Civil y Comercial de la Nación y art. 31 de la Ley 11.723, significando ésta el aviso que prevé la normativa vigente.

Artículo 53 C.C.C.N. Derecho a la imagen: Para captar o reproducir la imagen o la voz de una persona, de cualquier modo que se traga es necesario su consentimiento, excepto en los siguientes casos: a) que la persona participe en actos públicos; b) que exista un interés científico, cultural o educacional prioritario, y se tomen las precauciones suficientes para evitar un daño innecesario; c) que se trate de ejercicio regular del derecho de informar sobre acontecimientos de interés general. En caso de personas fallecidas pueden prestar el consentimiento sus herederos o el designado por el causante en una disposición de última voluntad. Si hay desacuerdo entre herederos de un mismo grado, resuelve el juez. Pasados veinte años desde la muerte, la reproducción no ofensiva es libre.

Art. 31 Ley de Propiedad Intelectual 11.723. El retrato fotográfico de una persona no puede ser puesto en el comercio sin el consentimiento expreso de la persona misma y muerta ésta, de su cónyuge e hijos o descendientes directos de éstos, o en su defecto, del padre o de la madre. Faltando el cónyuge, los hijos, el padre o la madre, o los descendientes directos de los hijos, la publicación es libre. La persona que haya dado su consentimiento puede revocarlo resarciendo daños y perjuicios. Es libre la publicación del retrato cuando se relacione con fines científicos, didácticos y en general culturales, o con hechos o acontecimientos de interés público o que se hubieran desarrollado en público.





REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
MINISTERIO DEL INTERIOR Y TRANSPORTE

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

22782462

Apellido / Surname
LOPEZ



Nombre / Name
FIDEL

Sexo / Sex Nacionalidad / Nationality Ejemplar
M **ARGENTINA** **A**

Fecha de nacimiento / Date of birth
26 FEB / FEB 1972

[Signature]
FIRMA IDENTIFICADORA / SIGNATURE

Fecha de emisión / Date of issue
15 JUL / JUL 2014

Fecha de vencimiento / Date of expiry
15 JUL / JUL 2029

Documento / Document

22.782.462

Trámite N° / Of. ident.
00281087622
7128



DOMICILIO: MONTEAGUDO 960 PB FOND - MORÓN - MORÓN -
BUENOS AIRES
LUGAR DE NACIMIENTO: BUENOS AIRES



Cr. A. Florencio Randazzo
Ministro del Interior



PULGAR

IDARG22782462<1<<<<<<<<<<<<
7202261M2907158ARG<<<<<<<<<<<<6
LOPEZ<<FIDEL<<<<<<<<<<<<<

LOPEZ FIDEL

IOMA

LA OBRA SOCIAL DE LA PROVINCIA
DE BUENOS AIRES



GOBIERNO DE LA
PROVINCIA DE
BUENOS
AIRES

LOPEZ FIDEL

DNI: 22782462

GÉNERO: M

CUIL: 20227824620

TIPO: OBLIGATORIO

CESE: 28/02/2026

ESTADO: ACTIVO

AFL:122782462800

TOKEN

652437

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido **MARIA PATRICIA MAZLUCCO**
Domicilio del Titular **PRESIDENTE ILLIA 265**
Ciudad **V. SARMIENTO** Provincia **Buenos Aires**
Tipo y N° de Documento **DNI 20025765** Teléfono **1166433752**
Fecha de Nacimiento **300568**

2. INFORMANTE

Titular Padre/Madre: Otros(especificar)

3. ANTECEDENTES

3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?

SI NO Cual? **HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

3.2. Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez? SI NO

Causa: **PÓLIPO VAGINAL Y CIRUGÍA BARIÁTRICA**

3.3. Tiene algún tipo de alergia? SI (*) NO

(*) Síntomas:

Recibe Tratamiento permanente? SI NO

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO

Especificar: **CARVEDILOL 25mg (½ x 2x4)**

4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO Especificar: **PÓLIPO Y BARIÁTRICA**

4.3. Presenta alguna limitación física? SI NO Cuál:

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: **TODAS** BCG: **TODAS** SARAMPIÓN: **TODAS** TRIPLE: **TODAS** COVID: **6 DOSIS**

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: **SERGIO YONNETTI** Teléfono: **1154614514**

Cobertura Médica: **UNIÓN PERSONAL** Teléfono:

Nº Afiliado: **00220316 018**

Firma



AUTORIZACIÓN DE USO DE IMAGEN DE DOCENTES

Lugar VILLA SARMIENTO.... Fecha 11/11/2025

A quien corresponda,

Por medio de la presente, quien suscribe

MAZZUCCO, MARIANA PATRICIA

Documento Tipo **DNI** Número **20025765**

SI NO (marcar lo que corresponda) AUTORIZO a la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires y/o a quien ellos indiquen, de forma gratuita y sin límite de tiempo, a la utilización, exhibición y/o reproducción por cualquier medio físico o digital, gráfico y/o audiovisual, actualmente conocido o que se invente en el futuro, y con fines estrictamente educativos, de las imágenes, videos y sonidos registrados en las diferentes actividades educativas que se realizan bajo supervisión de autoridades escolares dependientes de la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires.

FIRMA

MAZZUCCO, MARIANA PATRICIA

ACLARACIÓN

Por la presente cumplo con lo preceptuado por el art. 53 del Código Civil y Comercial de la Nación y art. 31 de la Ley 11.723, significando ésta el aviso que prevé la normativa vigente.

Artículo 53 C.C.C.N. Derecho a la imagen. Para captar o reproducir la imagen o la voz de una persona, de cualquier modo que se haga, es necesario su consentimiento, excepto en los siguientes casos: a) que la persona participe en actos públicos; b) que exista un interés científico, cultural o educacional prioritario, y se tomen las precauciones suficientes para evitar un daño innecesario; c) que se trate del ejercicio regular del derecho de informar sobre acontecimientos de interés general. En caso de personas fallecidas pueden prestar el consentimiento sus herederos o el designado por el causante en una disposición de última voluntad. Si hay desacuerdo entre herederos de un mismo grado, resuelve el juez. Pasados veinte años desde la muerte, la reproducción no ofensiva es libre.

Art. 31 Ley de Propiedad Intelectual 11.723. El retrato fotográfico de una persona no puede ser puesto en el comercio sin el consentimiento expreso de la persona misma y muerta ésta, de su cónyuge e hijos o descendientes directos de éstos, o en su defecto, del padre o de la madre. Faltando el cónyuge, los hijos, el padre o la madre, o los descendientes directos de los hijos, la publicación es libre.-La persona que haya dado su consentimiento puede revocarlo resarciendo daños y perjuicios.-Es libre la publicación del retrato cuando se relacione con fines científicos, didácticos y en general culturales, o con hechos o acontecimientos de interés público o que se hubieran desarrollado en público.



Unión Personal

Obra Social de la Unión del Personal Civil de la Nación

00220316 01 8

MAZZUCCO MARIANA PATRICIA

22 PLAN 0002



ZONA: PRESIDENTE ALIX 295 VILLA SARRACENO
MUNICIPALIDAD DE VACACIONES BUENOS AIRES
CABA DE VACACIONES BUENOS AIRES

DNI: 20.025.765

MAZZUCCO<< MARIANA <PATRICIA <<<

URGENCIAS Y EMERGENCIAS: 5-918-444-1122



De recoger esta credencial en Tienda Unión Personal o
Tiendas 999 - Ciudad de Buenos Aires - (1000AM)
0810-888-8848 - www.unionpersonal.com.ar

Centro de Servicios de Telefónica - (1000AM) 0810-888-8848

BUENOS AIRES
VACUNATE

VACUNACIÓN
CON

19

Nombre y Apellido: MAZZUCCO MARIANA PATRICIA

Fecha de Nacimiento: 30-05-1968

DNI: 20.025.765

Número del ciudadano: M3.000.908 FB

Es importante que la primera y segunda dosis de la varuna sean del mismo laboratorio. No olvides presentar tu carnet papel o tarjeta cuando te acerques para recibir la segunda dosis.

Vacuna	Dosis (marcar con x)	Fecha	Lote	Firma Vacunador	Observaciones
Sabin	1° X	2/3/21	20201 0036	F. BULUS Florencia Bulus	Debe aplicarse la segunda dosis el dia 5/4/21
	2° X	3-5-21	2021 0303 X3	Guzman Eduardo Lucas	

Ante cualquier duda comunicarse con el 148

ANEXO VI
PLANILLA INFORMATIVA Y AUTORIZACIÓN

SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

(Estudiantes con menos de 18 años de edad)

1- PLANILLA INFORMATIVA PARA PADRES, MADRES, TUTORES O RESPONSABLES (completa la Escuela):

Nombre del Proyecto de la Salida: *Jóvenes y niñas*

Lugar, dia y hora de salida:

Paseo de las artes 17/11/25 07:30 AM

Lugar, dia y hora de regreso: *Paseo de las artes 19/11/25 11:00 AM*

Lugares de estadía (domicilios y teléfonos): *Campamento Recreativo municipal Pumaluna*

Nombres y teléfonos de los acompañantes: *Mariana Muñozco 11 6643 3752*

Fidel López 11 3036 1154

Empresa y/o empresas contratadas (nombre, dirección teléfonos): *.....*

.....

Otros datos de la Infraestructura disponible: *.....*

Hospitales y centros asistenciales cercanos (direcciones y teléfonos):

Hospital Municipal Pumaluna, Camino Alcalde Bruno 778

Otros datos de interés: *Tour a la Pintada*

Actividades recreativas acuáticas

2- AUTORIZACIÓN (completa el madre/padre, tutor o responsable):

Por la presente autorizo a mi hijo/a *Samuel Panett*
DNI 10435670 que concurre al Establecimiento
Educativo *E.E.S* N°. 56 del distrito
Chernudu a participar de la Salida Educativa / Salida de
Representación Institucional a realizarse en la localidad de
Pumaluna, el/los dia/días 17, 18 / 11 del
mes de *Noviembre* del presente ciclo lectivo.

3- SALUD (completa el padre/madre, tutor o responsable)

Dejo aquí constancia de cualquier indicación necesaria deba conocer el personal docente a cargo y personal médico:

Tiene Obra Social/Prepaga	Si	No	Nombre de la Obra Social/Prepaga	
			Nº Socio	

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida como así también de las/los responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades.

Autorizo a las/los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios a su solo criterio y sin aviso previo sobre lo cual me deberán informar y fundamentar a regreso.

Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al estudiante por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen sobre lo que requiere inmediato aviso.

Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de las/los estudiantes con menos de 12 años de edad no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

Teléfonos de contacto en caso de urgencia. (Consignar varios)

1139028329

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable

DNI: 29.147.163

Fecha: 10/11/25

Pauvet
Gutiérrez

DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: _____

Señor/a

Por la presente autorizo a mi hijo/a PauNET Samuel a participar del Encuentro de Cierre del Programa Jóvenes y Memoria de la CPM en el Complejo Recreativo Municipal de Punta Lara, distrito de Ensenada, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras/es Mazzucco Mariana y López Fidel que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

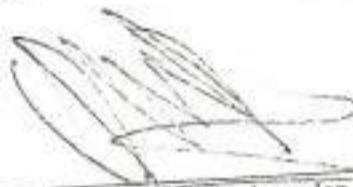
Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución:

EESN° 56 Junio Manso

Fecha de ingreso:

17/III/25



Firma del padre/madre, tutor/a o encargado/a

Aclaración:

PauNet Guillermo

Domicilio:

Av. Félix 3702

Localidad:

Moreno

Provincia:

Buenos Aires

Tipo y N° doc:

DNI

Teléfono:

11 3402 8211

Fecha de nacimiento el/la menor: 03/06/2008

Tipo y N° documento el /la menor: DNI 46435670

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

1. DATOS

Nombre y Apellido Sarmiento Pauñet
Domicilio del Titular Presidente Perón 3707
Ciudad Morón Provincia Buenos Aires
Tipo y N° de Documento 48435672071 Teléfono 11 39028219
Fecha de Nacimiento 07/06/08

2. INFORMANTE

Titular Padre/Madre Otros(especificar) _____

3. ANTECEDENTES

3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?

SI NO Cual? _____

3.2. Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez? SI NO

Causa: _____

3.3. Tiene algún tipo de alergia? SI (*) NO

(*) Síntomas: _____

Recibe Tratamiento permanente? SI NO

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO

Especificar: _____

4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO Especificar: _____

4.3. Presenta alguna limitación física? SI NO Cual: _____

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: Todos BCG: todos SARAMPION: todos TRIPLE: todos COVID: 2

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

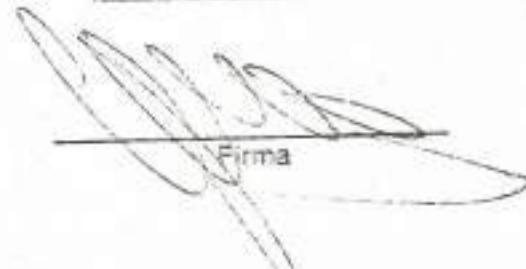
Nombre y Apellido: Pauñet Guillermo Teléfono: 11 39028319

Cobertura Médica: N.D.

Teléfono: _____

Nº Afiliado: N.D.

Firma: _____


Firma



REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
MINISTERIO DEL INTERIOR



Apellido / Surname
PANNET

Nombre / Name
SAMUEL IGNACIO

Sexo / Sex Nacionalidad / Nationality Ejemplar
M **ARGENTINA** **A**

Fecha de nacimiento / Date of birth
07 JUN / JUN 2008

Fecha de expedición / Date of issue
23 JUL / JUL 2023

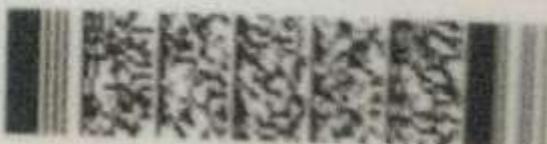
FIRMA DEL CERTIFICADO / SIGNATURE

Fecha de vencimiento / Date of expiry
23 JUL / JUL 2038

Documento / Document

48.435.670

Trámite N° / Of. ident.
00708093592
7632



DOMICILIO: PTE. PERON 3702 - MORÓN - MORÓN

BUENOS AIRES

LUGAR DE NACIMIENTO: PROV. DE BUENOS AIRES

CUIL: 20-48435670-0

HUELLA
DACTILAR

ID ARG48435670<7<<<<<<<<<<<<<
0806073M3807233ARG<<<<<<<<<<<2
PANNET<<SAMUEL<IGNACIO<<<<<<

AUTORIZACIÓN DE USO DE IMAGEN DE ESTUDIANTES

Lugar MORON Fecha 1/11/2025

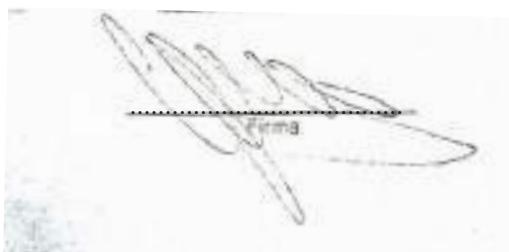
A quien corresponda,

Por medio de la presente, quien suscribe

Pannet Guillermo

Documento Tipo DNI Número 29147163

que corresponda) AUTORIZO como PADRE MADRE TUTOR REPRESENTANTE a la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires y/o a quien ellos indiquen, de forma gratuita y sin límite de tiempo, a la utilización, exhibición y/o reproducción por cualquier medio físico o digital, gráfico y/o audiovisual, actualmente conocido o que se invente en el futuro, y con fines estrictamente educativos, de las imágenes, videos y sonidos registrados en las diferentes actividades educativas que se realizan bajo supervisión de autoridades escolares dependientes de la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires, de el/ la ESTUDIANTE Pannet Samuel Documento Tipo ...D...N...I..... Número 48435670



Pannet Guillermo

ACLARACIÓN

Por la presente cumpleo con lo preceptuado por el art. 53 del Código Civil y Comercial de la Nación y art. 31 de la Ley 11.723, significando ésta el aviso que prevé la normativa vigente. **Artículo 53 C.C.C.N. Derecho a la imagen.** Para captar o reproducir la imagen o la voz de una persona, de cualquier modo que se haga, es necesario su consentimiento, excepto en los siguientes casos: a) que la persona participe en actos públicos; b) que exista un interés científico, cultural o educacional prioritario, y se tomen las precauciones suficientes para evitar un daño innecesario; c) que se trate del ejercicio regular del derecho de informar sobre acontecimientos de interés general. En caso de personas fallecidas pueden prestar el consentimiento sus herederos o el designado por el causante en una disposición de última voluntad. Si hay desacuerdo entre herederos de un mismo grado, resuelve el juez. Pasados veinte años desde la muerte, la reproducción no ofensiva es libre. **Art. 31 Ley de Propiedad Intelectual 11.723.** El retrato fotográfico de una persona no puede ser puesto en el comercio sin el consentimiento expreso de la persona misma y muerta ésta, de su cónyuge e hijos o descendientes directos de éstos, o en su defecto, del padre o de la madre. Faltando el cónyuge, los hijos, el padre o la madre, o los descendientes directos de los hijos, la publicación es libre.-La persona que haya dado su consentimiento puede revocarlo resarciendo daños y perjuicios.-Es libre la publicación del retrato cuando se relacione con fines científicos, didácticos y en general culturales, o con hechos o acontecimientos de interés público o que se hubieran desarrollado en público.

DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: _____

Señor/a

Por la presente autorizo a mi hijo/a SOLANO VALENTINA a participar del Encuentro de Cierre del Programa Jóvenes y Memoria de la CPM en el Complejo Recreativo Municipal de Punta Lara, distrito de Ensenada, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras/es Mariana Mazzucco y Fidel Lopez que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: JUANA TIANSO N° 56

Fecha de ingreso: 17/11/2025

Fidel Lopez -
Firma del padre/madre, tutor/a o encargado/a

Aclaración: Pedro I. Bautiz.

Domicilio: HADIANO ACHA 672

Localidad: HURLINGHAM.

Provincia: BS. AS.

Tipo y N° doc: DNI = 26679368.

Teléfono: 11 7646 3585

Fecha de nacimiento el/la menor: 10/01/2008

Tipo y N° documento el /la menor: 48.564.588

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

1. DATOS

Nombre y Apellido **VALENTINA JAIZIN SOLANO**
Domicilio del Titular **MARIANO ACHA 672**
Ciudad **BS AS** Provincia **BS AS**
Tipo y N° de Documento **48564588** Teléfono **011 27486991**
Fecha de Nacimiento **100108** -

2. INFORMANTE

Titular Padre/Madre Otros(especificar): _____

3. ANTECEDENTES

3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?

SI NO Cual? _____

3.2. Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez? SI NO

Causa: _____

3.3. Tiene algún tipo de alergia? SI (*) NO

(*) Síntomas: _____

Recibe Tratamiento permanente? SI NO

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO

Especificar: _____

4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO Especificar: _____

4.3. Presenta alguna limitación física? SI NO Cuál: _____

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: todos BCG: todos SARAMPION: todos TRIPLE: todos COVID: todos

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: **PAOLA Bautiz (MAMA)** Teléfono: **1176463585-**

Cobertura Médica: _____ Teléfono: **1158020467 -**

Nº Afiliado: _____

Paola Bautiz -
Firma

ANEXO VI
PLANILLA INFORMATIVA Y AUTORIZACIÓN

SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL
(Estudiantes con menos de 18 años de edad)

1- PLANILLA INFORMATIVA PARA PADRES, MADRES, TUTORES O RESPONSABLES (completa la Escuela):

Nombre del Proyecto de la Salida: Jóvenes y Memoria

Lugar, dia y hora de salida: PASEO de los Artes 17/11/25 7:30 hs.

Lugar, dia y hora de regreso: PASEO de los Artes 19/11/2025 Aprox. 11hs.

Lugares de estadía (domicilios y teléfonos): CAMPLEJO RECREATIVO MUNICIPAL
Punta Larga, ensenada

Nombres y teléfonos de los acompañantes: Martiana 11 6643 3752.

Empresa y/o empresas contratadas (nombre, dirección teléfonos):

Otros datos de la Infraestructura disponible:

Hospitales y centros asistenciales cercanos (direcciones y teléfonos):

Otros datos de interés: Tours por La Plata y Actividades

A.C.U.C.íticas.....

2- AUTORIZACIÓN (completa el madre/padre, tutor o responsable):

Por la presente autorizo a mi hijo/a VALENTINA J. SOLANO -
DNI 48564588 que concurre al Establecimiento
Educativo DUANA MANSO # N° 56 del distrito
Palo Har - a participar de la Salida Educativa / Salida de
Representación Institucional a realizarse en la localidad de
Hurlingham Villa tesco, el/los dia/días...
mes de _____ del presente ciclo lectivo.



3- SALUD (completa el padre/madre, tutor o responsable):

Dejo aquí constancia de cualquier indicación necesaria deba conocer el personal docente a cargo y personal médico:

Tiene Obra Social/Prepaga	S/	No	Nombre de la Obra Social/Prepaga	_____
			Nº Socio	_____

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida, como así también de las/los responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades.

Autorizo a las/los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso.

Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al estudiante por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso.

Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de las/los estudiantes con menos de 18 años de edad no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

Teléfonos de contacto en caso de urgencia: (Consignar varios)

MAMA - 11 76 46 35 85 - (PAOLA)
PAPA = 11 58 02 04 67 - (Fernando)
HERMANA - 11 37 69 24 32 - (Sofía)

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable:

*Padre/Bautiz
PADRE I. BONTEZ -*

DNI: *26679368*

Fecha: *10/11/2025*

REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
JEFATURA DE GABINETE DE MINISTROS

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

Apellido / Surname
SOLANO

Nombre / Name
VALENTINA JAZMIN

Sexo / Sex Nacionalidad / Nationality Ejemplar
F **ARGENTINA** **A**

Fecha de nacimiento / Date of birth
10 ENE / JAN 2008

Fecha de emisión / Date of issue
25 NOV / NOV 2024

Fecha de vencimiento / Date of expiry
26 NOV / NOV 2039

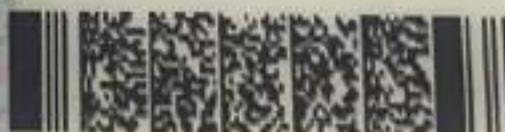
FIRMA DEL IDENTIFICADO / SIGNATURE

Documento / Document

48.564.588

Trámite N° / Of. Ident.

00727878110
7649



DOMICILIO: MARIANO ACHA 672 - VILLA TESE
HURLINGHAM - BUENOS AIRES
LUGAR DE NACIMIENTO: PROV. DE BUENOS AIRES

CUIL: 27-48564588-3

Dr. Guillermo A. Francos
Jefe de Gabinete de Ministros

HUELLA
DACTILAR

ID ARG48564588<6<<<<<<<<<<<<<
0801104F3911268ARG<<<<<<<<<<<<2
SOLANO<<VALENTINA<JAZMIN<<<<



AUTORIZACIÓN DE USO DE IMAGEN DE ESTUDIANTES

Lugar MORON Fecha 1/11/2025

..... A quien corresponda, Por medio de
la presente, quien suscribe

Paola Britez

Documento Tipo DNI Número 26.679.368

SI NO

(marcar lo que corresponda) AUTORIZO como PADRE MADRE TUTOR REPRESENTANTE a la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires y/o a quien ellos indiquen, de forma gratuita y sin límite de tiempo, a la utilización, exhibición y/o reproducción por cualquier medio físico o digital, gráfico y/o audiovisual, actualmente conocido o que se invente en el futuro, y con fines estrictamente educativos, de las imágenes, videos y sonidos registrados en las diferentes actividades educativas que se realizan bajo supervisión de autoridades escolares dependientes de la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires, de el/ la ESTUDIANTE Valentina Solano..... Documento Tipo ...D...N...I..... Número ...

48.564.588

Paola Britez
FIRMA

..... Paola Britez.....

ACLARACIÓN

Por la presente cumpleo con lo preceptuado por el art. 53 del Código Civil y Comercial de la Nación y art. 31 de la Ley 11.723, significando ésta el aviso que prevé la normativa vigente. **Artículo 53 C.C.C.N. Derecho a la imagen.** Para captar o reproducir la imagen o la voz de una persona, de cualquier modo que se haga, es necesario su consentimiento, excepto en los siguientes casos: a) que la persona participe en actos públicos; b) que exista un interés científico, cultural o educacional prioritario, y se tomen las precauciones suficientes para evitar un daño innecesario; c) que se trate del ejercicio regular del derecho de informar sobre acontecimientos de interés general. En caso de personas fallecidas pueden prestar el consentimiento sus herederos o el designado por el causante en una disposición de última voluntad. Si hay desacuerdo entre herederos de un mismo grado, resuelve el juez. Pasados veinte años desde la muerte, la reproducción no ofensiva es libre. **Art. 31 Ley de Propiedad Intelectual 11.723.** El retrato fotográfico de una persona no puede ser puesto en el comercio sin el consentimiento expreso de la persona misma y muerta ésta, de su cónyuge e hijos o descendientes directos de éstos, o en su defecto, del padre o de la madre. Faltando el cónyuge, los hijos, el padre o la madre, o los descendientes directos de los hijos, la publicación es libre.-La persona que haya dado su consentimiento puede revocarlo resarciendo daños y perjuicios.-Es libre la publicación del retrato cuando se relacione con fines científicos, didácticos y en general culturales, o con hechos o acontecimientos de interés público o que se hubieran desarrollado en público.

